UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 56

Notre Expérience du Traitement Chirurgical d'Urgence des Grandes Hémorragies Gastro-Duodenales (d'origine ulcéreuse en particulier)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

TRUONG TAN-BA

Membres du Jury	MM.	GRIMOUD	Président
		BAZEX	Assesseurs
		LAPORTE	
		PASQUIE	
		DELAUDE	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN : Monsieur LAZORTHES
ASSESSEUR : Monsieur DELAS
DOYENS HONORAIRES : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER
PROFESSEURS HONORAIRES : Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL
Clinique médicale	GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique	RISER
Clinique obstétricale	GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT E.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER
Anatomie	LAZORTHES
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Médecine sociale	BOUNHOURE
Parasitologie	BOUISSET
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physico-chimie	AUVERGNAT
Physiologie	SOULA
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Propédeutique Médicale	GERAUD
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE
Bactériologie	MmeENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. LAPORTE Y.
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	M. BOUISSOU
Histologie et embryologie	PLANEL
Parasitologie	RUFFIE J.
Physiologie	MONTASTRUC

A G R E G E S

Pathologie médicale	M. MONNIER
	RIBAUT
	DELAUDE
	CALAZEL
Pathologie chirurgicale	M. ENJALBERT
	FICAT
	PASQUIE
	SOUQUET
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Odontostomatologie	CADENAT H.
Pédiatrie	BARDIER
Rhumatologie	RUFFIE R.

A G R E G E S L I B R E S

Anatomie	M. THOMAS
Ophtalmologie	DEODATTI
O.R.L.	CLAUX
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Histoire naturelle	DELAS
Matière médicale	VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique	STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Melle MEYNIER
	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	M. BREUILLAUD
Sciences physiques	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE
Secrétaire	Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 56

Notre Expérience du Traitement Chirurgical d'Urgence des Grandes Hémorragies Gastro-Duodenales (d'origine ulcéreuse en particulier)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

TRUONG TAN-BA

Membres du Jury	MM.	GRIMOUD	Président
		BAZEX	Assesseurs
		LAPORTE	
		PASQUIE	
		DELAUDE	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Notre Expérience du Traitement Chirurgical d'Urgence des Grandes Hémorragies Gastro-Duodenales (d'origine ulcéreuse en particulier)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0037

A la mémoire de mes GRANDS-PARENTS.

A mon PERE et à ma MERE

Papa et Maman,

Je vous remercie de vos grands sacrifices. Permettez moi de vous dédier cette thèse en témoignage de mon affection, de mes respects et de ma reconnaissance.

A Di SAU.

A mes oncles et tantes. A mes cousins.

A mes frères : Vinh-Hoà
Thê-Hao
Vinh-Thuân
Vinh-Thàn

A ma femme et à notre fils chéri Thierry Tan-Phuoc.

Je vous dois Joies et Réussites.

A ma belle famille.

A mes neveux.

A mes amis et à mes camarades.

A notre Maître et PRESIDENT de THESE.

Monsieur le Professeur Marcel GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'assurons de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE.

Monsieur le Professeur André BAZEX

Professeur de Clinique des maladies cutanées et Syphilitiques.

Dermato-Vénérologue des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Jacques LAPORTE

Professeur à la Faculté

Monsieur le Professeur PASQUIE

Professeur agrégé de Pathologie chirurgicale.

Monsieur le Professeur DELAUDE

Professeur agrégé de Pathologie médicale.

Avec nos remerciements respectueux pour leur précieux enseignement et la grande bienveillance qu'il nous ont toujours témoignés.
Nous sommes heureux de les voir siéger aujourd'hui à notre jury de thèse.

A TOUS NOS MAITRES.

A notre Maître le Docteur Joseph GOUZI.

Chirurgien. Ancien Interne des Hôpitaux.

Chef de Clinique à la Faculté.

Prosecteur d'Anatomie.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et a été le guide de ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude.

A Madame le Docteur GOUZI Paulette.

Aux Infirmières du bloc chirurgical de MOISSAC.

A tout le personnel hospitalier de l'Hôpital de MOISSAC.

INTRODUCTION

"Il n'est pas de médecin qui ne soit un jour appelé auprès d'un malade qui présente les signes classiques d'une hémorragie digestive, hématémèse ou mélaena ou les deux à la fois. Cet accident pose un double problème plus ou moins facile à résoudre : celui du traitement symptômatique immédiat et celui ensuite de la cause, la variété de celle-ci commandera à des thérapeutiques secondaires adaptées et bien différentes". (Professeur agrégé Marcel GIRARD de LYON dans la Préparation à la LXIIIè session d'Assises. Assises de Médecine 1958).

Il est évident que les hémorragies dues aux ulcérations gastro-duodénales et accessoirement aux lésions néoplasiques sont parmi les causes les plus fréquentes.

D'autre part, si un nombre important d'ulcères donnent des hémorragies discrètes ou de moyenne abondance, relativement faciles à contrôler thérapeutiquement, il en est dont l'abondance et la répétition posent des problèmes de chirurgie d'urgence.

L'état actuel de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation nous paraît avoir fortement modifié les possibilités thérapeutiques et les indications chirurgicales.

Nous nous proposons d'étudier cette nouvelle attitude à la lumière de 10 observations de Monsieur le Docteur GOUZI, recueillies depuis 1955, concernant 8 ulcérations gastriques et 2 lésions néoplasiques et dont la gravité a justifié une thérapeutique directement chirurgicale

L'exposé de notre étude se fera de la façon suivante :

1 - Historique

2 - Physio-pathologie des grandes hémorragies gastro-duodénales.

3 - Problèmes de diagnostic étiologique.

4 - Qu'entend-t-on par hémorragie grave.

5 - Clinique.

6 - Les Observations.

7 - Etude critique de ces observations.

8 - Conduite thérapeutique et Indications chirurgicales.

9 - Pronostic.

10 - Conclusions.

11 - Bibliographie.

HISTORIQUE

Dans ce chapitre, il n'y a pas lieu d'être complet. Nous essaierons seulement de passer en revue quelques idées principales.

Depuis la première opération pratiquée en 1880 par EISELBERG, c'est un sujet qui est toujours revenu périodiquement à l'ordre du jour et qui fut, par exemple, l'objet de 4 Congrès de chirurgie (avant 1957).

L'apparition de la transfusion donna plus d'audace aux chirurgiens qui, dans les écoles lyonnaise et autrichienne avec FINSTERER, permettait d'aboutir à une doctrine d'éclétisme tant dans le choix des indications chirurgicales que dans les procédés opératoires.

En 1882, GALLIARD écrivait : "La transfusion sanguine est, jusqu'ici, la seule intervention permise ; mais le jour viendra, peut-être, où en présence de symptômes d'hémorragie interne immédiatement menaçante, dans un cas d'ulcère gastrique bien établi, les chirurgiens pourront inciser la paroi abdominale et ouvrir les viscères, pour placer une ligature sur le vaisseau ulcéré". (Archives générales de Médecine).

Il y avait deux thèses qui s'opposèrent. D'une part, la thèse de l'abstention chirurgicale qui fut défendue par Von LEUBE et MIKULICZ au 26è Congrès des chirurgiens allemands. D'autre part, DIEULAFOY, à l'Académie de Médecine en 1898, se fit le champion de l'intervention systématique : "L'abondance de l'hématémèse, plus encore que la répétition est une indication formelle à l'opération. Le chirurgien explorera minutieusement l'estomac et contrôlera au besoin, à l'aide d'une loupe (sic) la présence de l'ulcératio simplex. Les succès opératoires se-

ront plus certains et plus nombreux que dans le cas d'ulcus en évolution car la limitation de la lésion favorise singulièrement l'intervention chirurgicale".

En 1903 et 1928, HARTMAN, dans les Travaux de chirurgie anatomo-clinique : 1ère série 1903, p. 231 et 7ème série 1928, considérait l'opération comme contre-indiquée dans les grandes hémorragies aiguës de l'estomac. Voici ses arguments :

- fréquence de la cessation de l'hémorragie gastro-duodénale par le seul traitement médical.
- l'opération est toujours très grave dans ces circonstances.
- elle est parfois très difficile. Quand l'ulcère est découvert, on est embarrassé sur la conduite à tenir : simple gastro-entérostomie, ligature des artères au voisinage de l'ulcère, suture de celui-ci par la face endogastrique après gastrotomie, excision de l'ulcère, résection segmentaire de l'estomac qui est la plus efficace.
- l'opération est parfois inutile, quand, malgré les plus attentives recherches,on ne trouve pas d'ulcère".

Encore dans un article de la Presse Médicale en 1948, Jean LOYGUE essayait de préciser les indications thérapeutiques et les méthodes chirurgicales.

Mais actuellement, l'apport nouveau et surtout généralise de :

- l'organisation des centres de transfusion.

  l'anesthésie-réanimation.
- la surveillance précise et efficace du malade par le laboratoire.
- l'introduction de la radiographie d'urgence dans le diagnostic des grandes hémorragies gastro-duodénales.

a multiplié les publications pronant la chirurgie dans cette affection.

On est beaucoup plus interventionniste qu'autrefois (par exemple, MM. GERMAIN, PIERRA, BRENIER, Bernard ROY...). Le résultat de la gastrectomie pour ulcère hémorragique, exulcératio simplex, gastrite hémorragique etc... est très encourageant et cela incite de nombreux auteurs à adopter cette attitude. La preuve nous est fournie par de nombreuses publications récentes dans les Révues Médicales et Chirurgicales.

PHYSIO-PATHOLOGIE DES GRANDES HEMORRAGIES GASTRO-DUODENALES

Le mécanisme des hémorragies gastro-duodénales est connu depuis très longtemps. Nous nous permettons de le rappeler en l'empruntant à l'étude de M. PICARD et de ses collaborateurs (Arch. Mal. App. Dig. 1959).

Deux grands processus anatomiques se partagent le mécanisme des grandes hémorragies ulcéreuses :

- l'érosion artérielle,
- l'érythrodiapédèse.

Les documents cliniques et anatomiques ne permettent pas toujours leur différenciation. L'érosion est la cause majeure des grandes hémorragies ulcéreuses, celles qui conduisent à l'intervention d'urgence. Le plus souvent, c'est l'effraction d'une artère perméable dans un ulcus angiotérébrant. L'érythrodiapédèse ne donne que peu d'hémorragies importantes et inquiétantes et souvent ces hémorragies sont contrôlables médicalement. Il n'en est pas moins vrai que, certaines de ces hémorragies, par leur abondance et, surtout, par leur persistance, ressemblent beaucoup aux premières. Les discussions successives qui cherchaient à distinguer l'ulcère récent et le vieil ulcère angiotérébrant, ne nous paraissent plus avoir beaucoup d'intérêt.

Le problème de la récidive dans l'hémorragie et ses conséquences physiologiques nous paraissent autrement importants car cela est, pour nous, la base essentielle de notre attitude actuelle.

En effet, les grandes hémorragies récidivantes comptent par la spoliation de globules (anémie), par la perte de la masse sanguine qui aboutit à désamorcer la pompe cardiaque. Les reprises successives de l'hémorragie

aboutissent à un "lavage" progressif du sang jusqu'à un seuil où l'état de choc n'est plus réversible. On disait, en principe, une tension artérielle à Maximum 8 est le seuil d'alerte, mais nous possédons des observations où l'intervention a été pratiquée avec une tension artérielle à 6 (obs. 4), à condition de ne pas y laisser le malade trop longtemps.

Il est donc capital de savoir que si l'organisme pourra étaler, puis, peut-être, compenser une première et une deuxième spoliation sanguine importantes au risque de se trouver, à une troisième reprise de l'hémorragie, devant un état irréversible que ni le traitement médical, ni le traitement chirurgical, risquent de ne pouvoir rattraper.

Il faut donc, à cela, être très attentif et, chez un malade qui a été envoyé au chirurgien parce qu'il avait une hémorragie grave et récidivante, se tenir prêt à l'intervention dès qu'apparaît une nouvelle rechute.

Cela nous a conduit, en définitive, à opérer d'urgence dès une chute tensionnelle très grave, sans attendre, des secours de la transfusion massive, une nouvelle amélioration de l'état général. Nous pensons alors que *le problème de l'hémostase directe EST PRIMORDIAL* et que *la réanimation doit être PER- et POST-OPERATOIRE* et non pré-opératoire, à ce stade là. Le malade est opéré avec Dextran et Plasma, le sang venant quand l'hémostase directe est en cours de réalisation. (Docteur GOUZI).

LES PROBLEMES DE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

"Lorsque se produit une hémorragie digestive, il est de la plus haute importance de connaître l'origine du saignement. Ce point étant déterminé, on peut, souvent, savoir si le saignement risque d'être abondant ou non, de durer ou de tarir rapidement et si la thérapeutique médicale risque de devenir insufisante. Ce n'est aussi qu'en fonction d'une connaissance précise de la cause que l'on peut être amené à poser une indication opératoire.

Pour orienter cette recherche étiologique, l'interrogatoire est très important. Mais souvent le malade ne peut répondre qu'à un nombre de questions limité, aussi y a-t-il intérêt à l'orienter correctement.

De nombreuses statistiques françaises ont été publiées depuis celle de GUTTMANN et de DEMOLE en 1932, SAVY, TIXIER et CLAVEL (1933), LAMBLING, BONFILS et BARATGIN (1956), HILLEMAND et MONNEROT (1956), LEVRAT et LAMBERT (1957), GIRARD, PLANCHU et HAGUENAUER (1958). Elles prouvent l'intérêt pratique de ce problème. Leurs résultats ne sont pas toujours concordants suivant le recrutement médical ou chirurgical des malades, selon qu'il s'agit d'un service d'hospitalisation ou de consultation ou selon, enfin, l'orientation plus particulière de tel ou tel chef de service". (GIRARD).

Dans la statistique de M. GIRARD, sur 400 cas, il y a 205 hématémèses et 195 mélaenas avec 285 cas chez l'homme pour 142 chez la femme. L'âge moyen des sujets oscille autour de 50 ans. L'étiologie ulcéreuse prédomine nettement 28,5 % ; il en est de même pour les cirrhoses alcooliques (28%). Les autres causes sont plus rares. Il y a 16 % des hémorragies sans cause. Pour FINSTERER, le pourcentage de l'étiologie ulcéreuse s'élève à 80 %. Pour GERMAIN, il y a 15 % d'hémorragies de cause ignorées.

Notre étude, ici, se divise en deux parties :

1) Les différentes étiologies des hémorragies gastro-duodénales suivant leur fréquence.

2) sur le plan pratique.

I - DIFFERENTES ETIOLOGIES DES HEMORRAGIES GASTRO-DUODENALES SUIVANT LEUR FREQUENCE.

A - Les étiologies les plus fréquentes

1°/ - **Les hémorragies ulcéreuses** : prédominent nettement sur les autres causes.

Siège : L'ulcère duodénal saigne davantage que l'ulcère gastrique (GIRARD) mais LAMBLING et BARATGIN pensent le contraire. Il en est de même pour HILLEMAND et ses Collaborateurs.

Age : L'hémorragie risque d'être d'autant plus grave que le sujet est âgé, a des tares, déficiences organiques, sclérose vasculaire, hypertension. Un sujet jeune compensera plus aisément son hémorragie qu'un sujet ayant dépassé la cinquantaine. Donc, il faut être plus attentif chez le sujet âgé et être probablement plus interventionniste en laissant moins de marge au traitement médical.

Siège et Sexe : il existe une tendance hémorragique beaucoup plus marquée dans les ulcères de la face postérieure chez la femme alors que pour la petite courbure, la tendance est au contraire plus marquée chez l'homme (Thèse de QUENNEVAT. 1949).

La place de l'hémorragie dans l'évolution de la maladie est intéressante à considérer : 30 fois elle fut inaugurale, cette fréquence est retrouvée identique dans l'ulcère gastrique et duodénal, chez l'homme et chez la femme. (GIRARD).

La statistique de HILLEMAND et ses Collaborateurs est de 28 %.

La gravité du saignement est aussi un point important; 1,9 % d'hémorragies mortelles pour 90 hémorragies graves (23,6 % dans l'ulcère gastrique contre 33 % dans l'ulcère duodénal) (GIRARD). Mais là aussi, il nous semble que les médecins ignorent parfois les morts survenues chez les malades transférés en chirurgie.

La fréquence des hémorragies itératives a été relevée dans 23,6 % d'ulcères gastriques pour 28,5 % d'ulcères duodénaux. (GIRARD).

2°/ - La cirrhose alcoolique

GIRARD : 90 % des cirrhoses sont d'origine alcoolique et se compliquent d'hémorragies dans 18,3 % des cas. Les cirrhoses hypertrophiques saignent plus que les atrophiques. Les varices oesophagiennes sont souvent la cause de l'hémorragie (statistique de BOQUIEN est de 30% et celui de DANIS 12%).

LAMBLING et HILLEMAND

6,2 % chez LAMBLING
20 % chez HILLEMAND

B - Les étiologies plus rares

1°/ - Le cancer de l'estomac donne aussi des hémorragies graves. Voici quelques statistiques:

- SAVY : 3,7 %
- LAMBLING : 5 %
- HILLEMAND et MONNEROT : 3,7 %
- LEGER et DESIGNOLLE : 7 %
- BOQUIEN et LEUNE : 1 %
- LEVRAT dans la thèse de LEBRE : 6 %
- GIRARD : 5,7 %

Le sarcome gastrique est particulièrement hémorragique et saigne dans les 2/3 des cas environ (GIRARD).

2°/ - Les tumeurs bénignes de l'estomac dont l'évolution est souvent silencieuse se manifestent par des hématémèses abondantes et répétées qui sont souvent le seul symptôme.

3°/ - La cirrhose splénique ou soit-disant telle. Les hémorragies, surtout hématémèses par varices oesophagiennes, y sont un accident classique.

4°/ - L'origine pancréatique d'hémorragies digestives. C'est à Lucien LEGER que revient le mérite d'avoir mis en évidence cette nouvelle étiologie (6 % dans sa statistique), c'est un chiffre assez élevé dû certainement au recrutement nettement spécialisé de son service. Les causes pancréatiques sont diverses : cancer du pancréas de nature bénigne, pancréatites aiguës, pancréas annulaire et hétérotopies pancréatiques du type digestif. Quelle que soit l'étiologie, la splénoportographie apporte le diagnostic.

5°/ - Les gastrites hémorragiques.
F. MOUTIER et A. CORNET ont eu dans leur statistique 7,76 % d'hémorragies d'origine gastrique. Les hémorragies revêtent des aspects variables ; saignent le plus facilement les gastrites ulcéreuses ou fissuraires, les gastrites érosives, les gastrites superficielles mamelonnées et polypoides. L'étiologie de la poussée évolutive gastrique hémorragique est diverse : infectieuse, allergique (alimentaire ou alcoolique), période des règles chez des sujets gastriques à fragilité capillaire passagère, médicamenteuse : dérivés du dicoumarol, aspirine, phénylbutazone, A.C.T.H. et cortisone, Etc...

Les statistiques utilisant systématiquement la gastroscopie comme moyen de diagnostic en cours d'hémorragies sont sans doute plus valables.

- A.JONES : 30% de gastrites hémorragiques.
- PALMER : 22 %
- DESNEUX : 10 %
- LAMBLING : 10 à 15 %.

Jusqu'à présent, il semble que les gastrites hémorragiques étaient exclues du traitement chirurgical, mais il est intéressant de voir que, par exemple, Mr le Professeur GRIMOUD a publié dans le "TOULOUSE MEDICAL" de Mars 1961 deux gastrectomies pour gastrites hémorragiques dont une gastrectomie totale, avec guérison.

6°/ - Hernie diaphragmatique peut être à l'origine de l'hémorragie digestive. Le risque serait de 10 % (GIRARD). Le saignement est rarement très abondant et peut coincider avec une oesophagite par reflux.

7°/ - Diverticuloses digestives.

"Il est un principe bien établi qu'en présence de diverticules quels que soient leurs sièges, il faut d'abord chercher autre chose. Cette attitude est parfaitement logique, néanmoins, dans certains cas, aux termes d'explorations minutieuses, cliniques, radiologiques, endoscopiques négatives, on a le droit de porter le diagnostic d'hémorragie diverticulaire. Rares sont les hémorragies imputables aux seuls diverticules duodénaux,mais, pour LAMBLING et BONFILS, l'association ulcère plus diverticules duodénaux aboutit à une appréciable augmentation de la fréquence hémorragique par rapport aux chiffres des seules gastrorragies ulcéreuses". (GIRARD).

C - Les hémorragies gastro-duodénales de causes ignorées.

Il existe encore, dans une proportion élevée, des hémorragies gastro-duodénales d'origine inconnue.

Certaines statistiques sont intéressantes à évoquer :

- GIRARD : 21,1 % chez la femme
  12,4 % chez l'homme
- LAMBLING : 10 %

- HILLEMAND : 25 %
- GERMAIN : 15 %

Ces chiffres dont celui de GERMAIN sont certainement appelés à s'amenuiser avec la qualité et le nombre actuel de nos moyens d'investigation. Il apparaît que dans l'état actuel des choses, le chiffre de 15 % est à retenir comme correspondant, à peu près, à la réalité.

II - SUR LE PLAN PRATIQUE

Le problème se pose de la façon suivante : En présence d'un malade atteint d'hématémèse ou de mélaena important, peut-on faire, habituellement, le diagnostic étiologique. Il semble que cela soit possible dans un grand nombre de cas.

Il faut localiser le problème par un examen somatique complet.

Il est facile de reconnaître les hémorragies appartenant aux affections médicales : syndrômes généraux hémorragiques, maladies du sang. Les grosses rates et les gros foies attireront l'attention et orienteront le questionnaire sur les hypertensions portales et sur les cirrhoses, éthyliques en particulier, dont on sait la fréquence dans notre région. A ceci près que, plus d'une fois des éthyliques avérés ont été trouvés porteurs d'un ulcère gastrique ou duodénal hémorragique (une observation personnelle).

Dans la recherche d'une cause localisée au tractus digestif, l'examen de l'abdomen, le toucher rectal,dépisteront un certain nombre de lésions néophasiques. Les hémorragies graves dûes aux polypes, cancers du grêle,diverticules du tube digestif sont relativement assez rares. La grande majorité des hémorragies dangereuses ont leur source à l'estomac ou au duodénum. Donc, si pas de diagnostic, penser gastro-duodénal ; et, dans le gastro-duodénal, penser ulcération ou varices oesophagiennes ; celles-ci bien plus rares que celles-là.

Il faudra donc s'attacher à chercher des antécédents de douleurs gastriques périodiques ; demander si des examens radiologiques ont été pratiqués, si le malade n'a pas été soigné pour son estomac, s'il ne prend pas habituellement des drogues, etc...

Aujourd'hui, la radiographie d'urgence pronée par DELANNOY, pratiquée par de nombreux auteurs, peut apporter un appoint important à l'établissement du diagnostic, mais faut-il encore que l'état du malade permette cet examen qui cherchera à déceler, d'une part, d'éventuelles varices oesophagiennes, d'autre part, les lésions gastro-duodénales ulcéreuses ou néoplasiques.

Pour notre part, aucune de nos observations n'a, à l'époque, comporté d'examen radiologique d'urgence,mais, un dernier malade, hospitalisé en Mars 1961, pour une hématémèse, pas trop grave, a eu des radiographies qui ont mis en évidence un ulcère duodénal.

Nous nous proposons désormais d'avoir recours à ces examens chaque fois que nous les jugerons utiles.

Il existe aussi d'autres méthodes, dont la gastroscopie d'urgence est la plus importante. En France, DESNEUX a dit que : "L'endoscopie d'urgence faite dans les conditions requises est un acte bénin apportant dans des délais extrêmement brefs des renseignements d'une valeur exceptionnelle. Dans 60 % des cas, la cause exacte de l'hémorragie est établie de façon formelle, elle peut être présumée dans 23,5 %.

L'association de la radiographie d'urgence et de la gastroscopie d'urgence est la solution idéale à des problèmes diagnostiques si souvent angoissants".

QU'ENTEND-T-ON PAR HEMORRAGIE GRAVE

L'existence d'une hémorragie gastro-duodénale ayant été ainsi à peu près établie, il paraît nécessaire de préciser les idées sur le degré d'importance et de gravité de cette hémorragie.

Les éléments en sont constitués par :

- l'importance de l'hémorragie,
- sa répétition et le rythme éventuel des accidents hémorragiques successifs.

Cela peut être objectivement apprécier par :

- les données de la clinique :
  . abondance de l'hémorragie intestinale ou du vomissement,
  . aspect du malade, pâleur, tension artérielle, pouls,
  . modifications successives (rechute),
- le laboratoire :
  . numération globulaire,
  . hématocrite,
  . mesure de la masse sanguine sur laquelle a insisté M. GRENET.

L'hémorragie grave se présente sous l'aspect d'une série de signes importants comme la tension artérielle effondrée ou imprenable, pouls misérables ou imperceptibles, syncopes à répétition ou coma hémorragique, effondrement de la masse sanguine, numération presque constamment inférieure à 2 Millions (BRENIER et PIERRA).

HILLEMAND et ses Collaborateurs définissent comme critère de gravité celui un peu artificiel de la chute du nombre des hématies en dessous de 2.500.000 (Arch. Mal.

App. Dig. Octobre 1959). Tandis que GRENET (Mém. Acad. Chir. 1952) le définit par la mesure de la masse sanguine qui est diminuée de 1/3 et par le fort abaissement du taux de l'hématocrite dans l'ordre de 30 %, 26 % : pour l'hémorragie grave, 14 %, 11 % ; pour l'hémorragie très grave.

Dans notre service, nous nous contentons des données de la clinique (variations de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique, pâleur extrême, pouls petit ou imprenable) de l'interrogatoire de la numération globulaire et de l'hématocrite pour apprécier approximativement la perte de sang.

Nous analyserons ces éléments dans le chapitre de l'étude critique de nos observations.

C L I N I Q U E

L'hémorragie digestive est toujours précédé de prodrômes, contemporains du saignement gastro duodénal ; ce sont des malaises, une pâleur avec décoloration des muqueuses, des lipothymies et des sueurs froides, parfois même une syncope avec accélération du pouls ; quelquefois il s'y ajoute quelques douleurs épigastriques avec sensation pénible de plénitude gastrique.

L'hématémèse s'extériorise au bout d'un temps variable par un vomissement sanglant. Sa quantité varie de quelques gorgées à un litre et plus. Le sang est constamment mélangé de mucus gastrique ou de débris alimentaires ; il est généralement rouge rutilant ; il peut être rejeté sous forme de caillots noirâtres s'il a séjourné quelque temps dans l'estomac. L'hématémèse est habituellement suivie par un mélaena qui apparaît pendant les jours suivants mais le tableau clinique peut n'être constitué que par un mélaena important plus ou moins prolongé. Parfois, l'hémorragie par l'anus sera de sang rouge accompagnée de coliques intestinales, elle représente une grosse hémorragie, d'origine duodénale en général et dont l'abondance a déclenché un transit très rapide (1/2 heure ou moins).

Comme nous venons de le dire dans le chapitre précédent, devant une telle hémorragie digestive, il convient de chercher les éléments en faveur de l'ulcère, ce sont avant tout les antécédents gastriques, que ce soit un syndrôme ulcéreux évident ou seulement quelques troubles dyseptiques discrets, ils ont une grande valeur ; en règle générale, l'hémorragie a été immédiatement précédée par une exacerbation de douleur, par une fébricule ou même par de petites hémorragies prémonitoires, traduisant une poussée infectieuse au niveau de l'ulcère. C'est ainsi l'aspect du malade relativement jeune, avec ballonnement ou défense sus-ombicale et sans lésions évidentes

d'altérations hépatiques, spléniques ou intestinales (MENEGAUX, MANUEL DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, 1958, page 690).

Comment se présentent, en fait, les hémorragies gastro-duodénales ?

1°/ - Hémorragie de petite ou de moyenne importance.

C'est l'hémorragie initiale d'un ulcère qui en est le premier symptôme. Parfois, cette hémorragie est unique et n'a pas entraîné la mort ; en quelques jours sous l'influence du traitement médical, l'état général se relève et l'hémorragie s'arrête.

EXEMPLES :

a) - M. GAL... 22 ans est envoyé à l'hôpital par son médecin traitant car il a fait des hématémèses et des mélaenas. Un traitement médical classique est institué. L'hémorragie est arrêtée et le malade rentre chez lui guéri après un séjour d'une semaine à l'hôpital. Depuis, il n'y a pas de reprise d'hémorragie. La radiographie d'urgence a montré une niche d'ulcère duodénal.

b) - M. CORT... 33 ans, employé, a fait deux hématémèses abondantes à un jour d'intervalle chez lui. Il est envoyé au 2ème jour, à la clinique avec une tension artérielle à 12-7. Son médecin traitant lui a déjà prodigué le traitement médical classique qui est continué à la clinique. Le malade rentre chez lui au 15è jour et depuis il n'a plus resaigné.

2°/ - Hémorragies graves

La quantité de sang perdu est de l'ordre de 1 litre et plus. Parfois, cette hémorragie est récidivante. Tantôt la reprise est évidente, caractérisée par une nouvelle hématémèse ou un nouveau mélaena ; tantôt elle ne se traduit que par des symptômes atténués ou même seulement

par une persistance anormale des signes d'anémie, persistance ou accentuation de la pâleur des téguments, hypotension artérielle, tachycardie tenace, baisse des globules rouges aux examens successifs. La gravité de ces cas est fonction de l'intervalle de temps qui sépare deux hémorragies successives plus que de leur abondance et de leur durée et aussi des éléments fournis par l'état général et les examens de sang. Le malade guérira si les rechutes sont séparées par des intervalles suffisamment longs, si elles sont peu abondantes et si, sous l'action des transfusions répétées, l'état général se relève. Ici encore, c'est le traitement médical qui est efficace.

3°/ - Au contraire, on se trouve devant un tableau d'hémorragie qui s'aggrave malgré le traitement médical.

C'est le cas des hémorragies récidivantes qui ne sont pas, du tout, influencées par le traitement médical classique. L'hémostase directe est, alors, le seul moyen efficace ; donc la gastrectomie paraît, actuellement, la seule technique valable pour arrêter cette hémorragie gastro-duodénale rebelle à la thérapeutique médicale.

LES OBSERVATIONS

Voici maintenant nos dix observations qui servent de base à cette étude et que nous aurons ensuite à commenter :

Obs. I. Mr. Joseph CI... 45 ans.

19 Mai 1955. Entré le 17 pour gastrorragie. L'état général est satisfaisant pendant la journée du 18. Mais il est évident que le 19, il saigne à plusieurs reprises, avec pâleur, sueurs, chute de tension autour de 6. Il est porté à la salle d'opérations et opéré à midi.

INTERVENTION : L'anesthésie est faite à l'éther, en espérant que ce produit aura un effet hypertensif. Médiane sus-ombilicale. L'estomac est d'apparence absolument normale. Le foie et la rate sont normaux. On décide une gastrectomie type POLYA (2/3) qui est exécutée sans difficultés. Drain sous hépatique. Paroi nylon tressé.

SUITES : Dans la journée le malade aura eu : 1 dextran et 2 plasma au cours de l'intervention, 1 pot de sang sur la fin, puis un plasma, 1 l,5 de dextran et subtosan.
Le 20 : 350 cc de sang frais, le 21 : 2 pots de sang. Le 22 : légère crise de delirium, sans fièvre, puis évolution normale. Guérison maintenue.

PIECE OPERATOIRE : à l'ouverture de l'estomac, on découvre en haut, sur la face postérieure une lésion en coup d'ongle, qui est typiquement une exulcératio simplex de DIEULAFOY.

Obs. II. Félix RE... 26 ans.

11 Février 1956. Depuis deux jours hématémèses et mélaena. Il arrive avec une tension à 8/6 I° 1/4. Le pouls est à peine perceptible, agitation, état nauséeux.
Diagnostic : On pense qu'il s'agit d'un ulcère gastro-duodénal, car, il est soigné depuis longtemps pour douleurs gastriques. Après réflexion, on décide l'intervention d'urgence en raison de l'état inquiétant du malade et du manque relatif de moyens de réanimation (Samedi à 23 h.) : on pourra disposer de plasma et de 350 cc environ de sang frais que l'on recueillira dans un flacon citraté avant l'opération.

INTERVENTION : On met d'abord en route un subtosan et un plasma, avec 1 cg de morphine intraveineuse. On obtient immédiatement une amélioration spectaculaire de T.A. et de l'indice oscillométrique, ce qui permet d'induire l'anesthésie (Penthonal, curare, éther) sans appréhension. La T.A. se maintiendra à 10,5 / 7 l'I° supérieur à 1. Au tiers de l'opération, on passera 350 cc de sang frais. Médiane sus-ombilicale. Décollement colo-épiploïque. On découvre un ulcère du bulbe, en plein oedème, avec une pléiade de ganglions, térébrant, et fixé en haut au pédicule hépatique par une grosse bride scléreuse et épaisse. Libération très difficile, mais permettant une bonne suture duodénale en 4 plans. Gastrectomie et anastomose POLYA.

SUITES : L'évolution sera très simple et sans ennui.

Obs. III. Mr. Gabriel GA... 53 ans

10 Décembre 1956. A eu une hématémèse le 1er décembre bien supportée, mais le 9, rechute avec mélaena très abondant et syncope. Quand on le voit, la tension est à 10 ou 11 suivant les moments. Le 10,il paraît encore saigner. Il n'y a pas de diagnostic précis, mais le malade souffre habituelle-

ment de l'estomac. Devant la probabilité d'hémorragie récidivante, on intervient.

INTERVENTION : Il y aura 2 pots de sang Iso-groupe pendant et à la suite de l'opération. Anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. On trouve un estomac rétracté, libre, avec macroscopiquement un gros ulcère de la portion verticale de la petite courbure, non adhérent.
Gastrectomie classique très facile avec anastomose POLYA isopéristaltique.

SUITES : Dans les suites opératoires, on fera, à la demande un pot de sang le 11, puis le 13. Suites très normales.

PIECE OPERATOIRE : L'examen de la pièce opératoire allait nous montrer qu'il s'agissait d'un cancer au début. Le faux ulcère était, en effet, par sa face endogastrique une plaque cartonnée et dure de 3 cms,5 sur 3, abrasée, d'aspect framboisé, et entourée d'un petit bourrelet dur. En haut de l'érosion, on voyait nettement une artère béante. L'histologie montrait qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules claires, à type glanduliforme.

Le malade était en bonne santé en 1960.

Obs. IV . Adolphe BA... 51 ans.

16 Décembre 1956. Depuis une chute sur la colonne vertébrale en 1951, Mr. BA... ne travaillait plus et se plaignait d'une douleur postérieure vive, attribuée au traumatisme. Il existait toutefois une sensation de faim douloureuse pré-prandiale. Le malade a une hématémèse discrète il y a 1 mois, puis une importante le 10 décembre. Elle semble s'arrêter avec le traitement médical habituel,la T.A restant à 11, I° 1 1/2. Le malade reste pâle ; nouvelle forte hémorragie le 16. T.A. autour de 6. Diagnostic d'ulcère duodénal, quoique l'interrogatoire soit très vague.

INTERVENTION : Intervention d'urgence. On fait avant 200 gr de sang frais et 1 plasma et en cours d'opération 600 gr de sang frais citraté. Anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. Très gros ulcère de la face postérieure du bulbe, très adhérent à la vésicule largement perforé dans le pancréas ; induration extrême. La libération très pénible. Ouverture de la zone ulcéreuse et résection tout autour de la perforation. Poursuite de la libération du duodénum, qui est alors seulement possible. La perforation calleuse siège sur le pancréas et le pédicule hépatique. A ce moment, la plaie vasculaire se met à saigner en jet et est mise ainsi en évidence; c'est probablement l'origine de la pancréatico-duodénale. Toute hémostase sur pince est impossible. On place dans le tissu calleux deux points en X ; on prélève un fragment de muscle dans la paroi, on le plaque contre la plaie vasculaire et on noue les deux points par dessus : l'hémostase est efficace.
On peut enfouir le duodénum en cornet, sur 4 plans successifs.
Gastrectomie large,anastomose POLYA.

SUITES : 1 pot de sang le 18 et le 19. Suites simples sauf à l'ablation du drain le 7ème jour un écoulement blanchâtre, non bileux ni alimentaire, non caustique pour la peau et qui cesse en trois semaines. Il va bien actuellement.

Obs. V. Mr. Joseph BE... 32 ans.

11 Août 1958. Envoyé le 10 au soir pour hémorragie avec syncope, pâleur, pouls 110, T.A. très basse. Il a eu une hématémèse 8 jours avant. Traitement médical. Le lendemain le malade va un peu mieux. Il avait eu une hématémèse il y a 7 ans. A cette époque, on avait fait des radios qui n'avaient pas donné de conclusion bien nette. Mais il est évident que l'accident actuel est bien dû à un ulcère du bulbe. Profitant du mieux le 11 et ne voulant pas courir le risque d'une troisième hématémèse on intervient le 11, avec un pot de sang et un plasma.

INTERVENTION : Anesthésie (Pentothal, curare). Médiane sus-ombilicale. On ne découvre pas à l'exploration de lésion ulcéreuse évidente. Mais il existe des adhérences dans le bulbe. Duodénum mobile. Gastrectomie large très facile avec section sur l'origine de D2. Enfouissement en trois plans. Anastomose POLYA isopéristaltique.

SUITES : Dans les suites opératoires, très simples, le malade recevra 1 pot de sang et une purée globulaire. Revu. Fin Septembre, il était encore fatigué et manquait d'appétit.

Obs. VI. Mr. Francis AF... 35 ans.

6 Janvier 1959. Antécédents : opéré à l'âge de 15 ans d'un ulcère probablement une gastroentérostomie. A l'habitude de saigner de temps en temps. Aussi n'est il pas inquiet quand on nous l'adresse le 2 Janvier avec des hémorragies répétées, certainement depuis plusieurs jours.
Tendance syncopale, pâleur extrême, sueurs, L'hémorragie semble arrêtée. Les jours suivants, on fait trois transfusions et le 5 Janvier la numération globulaire est à : 2.200.000 de globules rouges, l'Hématocrite 28 %. On décide donc d'opérer.

INTERVENTION : Le 6 Janvier 1959, avec deux pots de sang. Anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. On est un peu gêné par un thorax bas et excessivement étroit. Après la libération d'adhérences, on met, en évidence, une gastroentérostomie classique et une cicatrice d'ulcère du bulbe. Il n'y a pas d'apparence d'ulcère en activité, ni au voisinage de la gastroentérostomie, d'ulcère peptique. On trouve seulement sur l'anse efférente, 3 cms au dessous de l'anastomose, un rétrécissement qui laisse prévoir une lésion. Dégastro-gastrectomie. Libération du méso-colon transverse résection du grêle et anastomose termino-terminale. Libération facile du duodénum, suture en 4 plans. Gastrectomie moyennement large et

(à cause du rebord costal). Anastomose POLYA isopéristaltique.

SUITES : Dans les suites opératoires, le malade recevra un pot de sang quotidien. Le 9 Janvier, le chiffre des globules rouges est à 1.000.000. Le malade va très bien et sort le 15ème jour.
Nous ne savons pas la cause exacte de l'hémorragie.

PIECE OPERATOIRE : Au niveau du rétrecissement jéjunal, il n'y avait pas d'ulcération, mais à la coupe, on avait l'impression d'une inclusion pancréatique dans la paroi. L'histologie a repondu : Structure de glande salivaire sans ilôts de LANGERHANS.

Obs. VII. Maurice BA... 35 ans.

4 Juin 1959. Sujet porteur d'un ulcère duodénal connu et traité. Le 4 Juin à 9 h., hématémèse brusque, assez importante. Vu à 11 h., aspect très satisfaisant. Numération globulaire immédiate : 4.000.000. Les jours suivants, en l'absence du chirurgien en congé, apparaissent fatigue et pâleur, avec chute de globules rouges à : 2.600.000 et l'hématocrite à 23 %. Des transfusions répétées remontent le malade à 3.000.000, le 10 Juin. Le chirurgien de retour décide alors d'opérer sans plus attendre. (Il est probable que la décision aurait été prise plus tôt s'il avait été présent).

INTERVENTION : Le 11 Juin anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. Ulcère duodénal. Gastrectomie des 3/5. Anastomose POLYA isopéristaltique.

SUITES : Suites opératoires normales. Il y a lieu de signaler l'apparition au mois d'août, d'un ictère franc qui dure trois semaines et croyons nous d'origine virale en raison du nombre de transfusions pratiquées.

Obs. VIII. Mr. Adrien LA... 48 ans

2 Novembre 1959. Il s'agit d'un sujet qui souffrait depuis longtemps de l'estomac. Des radios pratiquées avaient conclu à l'absence d'ulcère. Mais sur les clichés, la non-imprégnation du bulbe, fait affirmer son état pathologique.
Il a eu de petites hémorragies, il y a 1 an.
Il est hospitalisé le 1er Novembre : Il y a 4 jours, il a eu une grosse hématémèse. Après trois jours de rémission apparaît, le 1er Novembre, une hémorragie intestinale. Chez ce sujet naturellement hypertendu à 25, la T.A. est à 9. Le malade, calme, est mis au traitement médical, avec décision de l'opérer le lendemain.

INTERVENTION : Anesthésie (Pentothal, curare), et 2 pots de sang.
Médiane sus-ombilicale. C'est un sujet assez gras, de taille petite. En outre le duodénum est antéro-postérieur très profond et bloqué contre le pancréas et le pédicule hépatique, sans aucune possibilité d'extériorisation. Sa libération se fera très péniblement car il existe en plus un bloc fibreux au niveau de DI et de D2 et dans le pancréas. Suture du duodénum par 4 plans. Anastomose POLYA isopéristaltique.

SUITES : Suites opératoires sans incidents, soutenues par deux transfusions.

Obs. IX. Mr. Guy LU... 25 ans.

29 Décembre 1959. Ulcère duodénal connu depuis le régiment. A passé plusieurs mois à l'hôpital pour une fracture du fémur avec pseudarthrose et greffe. Pendant ce séjour, il a présenté, au moins une fois, un syndrôme de pâleur et d'asthénie dû à des hémorragies intestinales, qui faillirent passer inaperçues et nécessitèrent des transfusions. Le 28 décembre, il revient pour une petite hématémèse et une hémorragie intestinale abondante. La T.A. est à 9. Bien qu'il y ait une amélioration dans la

journée et tenant compte des antécédents, on intervient dès le lendemain.

INTERVENTION : Avec deux pots de sang (1 per et post-opératoire immédiat) anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. Ulcère au niveau du versant duodénal du pylore, non adhérent. On fera une gastrectomie des 2/3 très facile. Anastomose de type POLYA isopéristaltique.

SUITES : Les suites opératoires sont très normales.

Obs. X. Barthélémy CO... 64 ans.

25 Janvier 1961. Ce malade est entré, le 24 Janvier, en état d'anémie aiguë. On trouve à l'interrogatoire familial, qu'il a eu, 5 jours avant, une syncope, une hématémèse et un mélaena ; une autre hémorragie le 22, une syncope le 23. Les antécédents gastriques sont vagues ; il y aurait eu des douleurs. A noter aussi un séjour ancien à ZUYCOOTE (Italie) pour mal de POTT.
L'examen hématologique à l'entrée donne : globules rouges : 1.750.000 ; globules blancs : 6.000 ; Hématocrite 17 %. En présence de cet état, et en raison de son groupe sanguin B Négatif qui pose des problèmes d'approvisionnement, on opère dès le lendemain.

INTERVENTION : Anesthésie (Pentothal, curare).
Médiane sus-ombilicale. Il n'y a rien au pylore. Mais on trouve un important cancer juxta-cardiaque avec une grosse masse ganglionnaire. Le tout paraissant quand même assez mobile. Une gastrectomie totale serait nécessaire mais l'oesophage abdominal est masqué par la tumeur et inabordable. La précarité de l'état général, l'âge, font que l'on décide d'abandonner toute idée d'exérèse. Toutefois sur la partie haute de la petite courbure, en regard de la tumeur, on pose une ligature, sans d'ailleurs contrôler si la coronaire est liée. Fermeture de la paroi.

SUITES : Le malade recevra deux pots de sang le jour de l'opération, deux autres, les jours suivants. Il ne saignera plus et l'état général s'améliore rapidement.
Il pourra être adressé au Professeur GRIMOUD, qui fera dans d'excellentes conditions cancérologiques, un GARLOCK au mois de Mars.

SUITES : Les suites immédiates en sont bonnes, mais le malade perd ensuite tout appétit, se cachectise et meurt en Avril 1961.

ETUDE CRITIQUE DE CES OBSERVATIONS

Ces 10 Observations recueillies depuis 1955 dans le Service de Monsieur le Docteur GOUZI, méritent une étude critique détaillée.

I - AU POINT DE VUE DU SEXE ET DE L'AGE :

a) Sexe : Dans ce lot de 10 observations (8 ulcères et 2 néoplasies), nous ne rencontrons que des hommes.

b) Age : Voici les âges de ces 10 opérés : 45, 26, 53, 51, 32, 35, 35, 48, 32, 64 ; relevons donc qu'il n'y a pas de vieillards et que les malades se groupent en 2 lots, autour de 30 ans et autour de 50 ans. Néanmoins, l'âge ne paraît pas avoir influencé notre conduite thérapeutique. Il est vrai qu'il ne posait pas de problème critique.

II - CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES :

Nous trouvons :

1 Exulceratio simplex, petite plaie en coup d'ongle de la face postérieure, à la partie moyenne de l'estomac.
5 ulcères duodénaux.
2 cancers : à noter que l'un d'eux était apparu macroscopiquement à l'opération comme un ulcère de la petite courbure et que la néoplasie fut démontrée par l'examen histologique.
2 cas mal identifiés : l'un avait simplement quelques adhérences sur la face antérieure du bulbe ; l'autre était une gastroentérostomie

ancienne qui avait eu d'autres hématémèses. On a noté une cicatrice d'ulcère sur le bulbe, pas d'induration sur l'anastomose, et sur l'anse efférente, rétrécissement souple à 2 cms sous la bouche, qui, histologiquement, correspondait à une structure de glande salivaire sans îlots de LANGERHANS.

III - DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE :

Dans 9 cas sur 10, la localisation gastrique a été connue ou soupçonnée. Un seul, l'exulcératio simplex, n'apportait aucun antécédent. La décision d'intervention était donc justifiée dans l'ensemble de nos cas indépendamment de la notion de gravité des hémorragies. Nous pouvons aussi citer 3 malades, vus un peu avant 1955, qui n'entrent pas dans notre statistique parce qu'ils ont été opérés ailleurs que dans notre service. Nous n'étions pas à ce moment là équipés en Banque de sang et nous avons adressé ces malades, à TOULOUSE, au Professeur GRIMOUD ou à ses assistants.
Les voici brièvement résumés :

- M.T... : Ulcère duodénal très probable malgré un éthylisme léger.
- M.L... : Sans aucun antécédent. Un petit ulcère duodénal fut découvert par une duodénotomie et une exploration très attentive.
- M.B... : Envoyé pour hémorragie d'origine cirrhotique très probable. On découvre néanmoins, un ulcère duodénal aux examens pré-opératoires.

Evoquons, en regard, quelques observations recueillies parmi les malades non opérés.

- M.B....: Hématémèses moyennes répétées au cours des années, sans qu'on n'ait pu trouver une cause.
- M.S... : Gastro-entérostomie il y a 20 ans et cirrhose probable. Envoyé à PURPAN où la cirrhose a été confirmée.

- M.R... : 43 ans, grosses hémorragies avec gros foie et grosse rate ; éthylique à 5 litres de vin par jour. Non opéré. Coma et décès rapide.

On peut donc conclure que dans la période que nous considérons, nous avons pu arriver à un nombre de diagnostics suffisants. Le chiffre de 15 % d'hémorragies de causes inconnues, relevé dans plusieurs statistiques et qui est l'opinion récente de Monsieur GERMAIN, nous paraît refléter la réalité ; disons que c'est la proportion des *situations angoissantes* qui se posent à nous et pour lesquelles il faudra réfléchir sur la gastrectomie de principe ou "Empirique", suivant le terme de Monsieur GERMAIN.

IV - ETAT DES MALADES ET ELEMENTS D'APPRECIATION DE LA GRAVITE DE L'HEMORRAGIE.

a) Caractères de l'hémorragie :

Obs. 1 : Saigne le 17, bien le 18, saigne plusieurs fois le 19.

Obs. 2 : Depuis deux jours, il y a hématémèses et mélaenas à répétition. Agitation.

Obs. 3 : Saigne le 1, rechute le 9, nouvelle hémorragie le 10.

Obs. 4 : Saigne le 10, rechute grave le 16.

Obs. 5 : Saigne le 2, syncope le 10, le 11, il va mieux nous l'avons opéré.

Obs. 6 : Saigne depuis deux jours, pâleur extrême, numération globulaire : 2.200.000 globules rouges après trois pots de sang.

Obs. 7 : Saigne le 4, il a 4.000.000 de globules rouges, les jours suivants 2.000.000, le 11, 3.000.000. Opéré le 13 (car le chirurgien a été en congé).

Obs. 8 : Saigne depuis 5 jours, très grosse hématémèse, le 5ème jour opéré.

Obs. 9 : Saigne le 28. Arrêt de l'hémorragie. Opéré le 29.

Obs. 10 : Syncopes le 19, le 22, le 23. Anémie aiguë avec 1.750.000 de globules rouges et 17 % d'hématocrite.

b) Etat des malades au moment de l'opération.

Obs. 1 : Sa tension artérielle est à 6 (maximum) .

Obs. 2 : T.A. à 8 avec indice oscillométrique 1/4.

Obs. 3 : La tension artérielle est à 10 avant la rechute.

Obs. 4 : La tension est à 8, puis à 6.

Obs. 5 : Son état est amélioré.

Obs. 6 : Son état est moyen avec 2.200.000 de G.R.

Obs. 7 : Son état est moyen avec 2.000.000 de globules rouges, puis 3.000.000.

Obs. 8 : La tension artérielle tombe de 25 à 9.

Obs. 9 : La tension est à 9 et puis il va mieux.

Obs. 10 : La tension est à 9 à l'arrivée à l'hôpital 1.750.000 de globules rouges et 17 % d'hématocrite.

Il était donc évident que tous nos opérés étaient dans un état grave et qu'une temporisation aurait pu laisser apparaître une nouvelle hémorragie qu'il n'eut pas été probablement possible de contrôler.

Seul, l'observation 9, a été opéré après la première hémorragie car le malade était connu et avait été sérieusement soigné l'année avant.

Quant à l'observation 7, si l'on a attendu 9 jours, c'est en raison d'une absence du Chirurgien et parce que les transfusions répétées avaient pu permettre d'attendre son retour.

V - DELAI ENTRE L'HOSPITALISATION ET L'INTERVENTION.

Nous notons les chiffres suivants : 2j, 2j, 1j, 5j, 1j, 4j, 9j, 1j, 1j, 1j. Soit 2,7 jours en moyenne entre le moment où le malade a été hospitalisé et celui où il a été opéré.

L'indication opératoire a donc été posée après l'étude attentive de l'évolution des hémorragies. Cela élimine toutes les hémorragies qui n'ont pas récidivé et qui ont évolué favorablement et sans risque au traitement médical.

Il est à noter que dans les trois derniers cas, le délai a tout de même été raccourci, nous trouvant plus assurés de bien faire par nos lectures et nos bons résultats obtenus dans les cas antérieurs.

VI - AU POINT DE VUE TECHNIQUE.

Nos observations se répartissent ainsi :

a) 1 intervention palliative pour néoplasie juxta-cardiaque.
1 gastrectomie empirique qui a heureusement montré la présence d'un ulcératio simplex.
8 gastrectomies pour lésions suffisamment évidentes.

Donc il y a eu 9 gastrectomies à hémostase directe sur 10 cas. Trois gastrectomies ont été des gastrectomies difficiles, il n'y a pas eu de gastrectomie pour exclusion, les autres ayant été considérées comme simples. Aucune de ces interventions n'a comporté d'échec. Comme complications, un seul écoulement probablement pancréatique d'évolution bénigne, sans lésions cutanées et guéri au bout d'un mois (Obs. 4). Signalons dans cette même observation que l'hémorragie se faisait par l'artère gastro-duodénale largement ouverte dans un fond complètement calleux. L'hémostase ne put être faite qu'en *plaquant sur la plaie vasculaire un fragment de muscle fixé par un point un X.*

b) Le hasard fait qu'aucune de nos observations ne comporte de gastrites hémorragiques ; nous n'avons donc pas eu à résoudre ce problème, mais nous pensons actuellement que si le cas se présentait, nous suivrions Monsieur GERMAIN qui pense qu'une gastrectomie de principe ou empirique est préférable à l'abstention.

CONDUITE THERAPEUTIQUE
INDICATIONS CHIRURGICALES

Que proposer comme conduite à tenir en présence d'un malade qui saigne gravement, depuis quelques heures, depuis quelques jours ? Il s'agit de discuter vite et d'agir vite.

A - Et d'abord agir.

Pour le médecin : Il faut envoyer le malade en milieu chirurgical. Il n'y a pas lieu de rappeler le danger de l'hémorragie récidivante, les expériences physiologiques sur le "lavage" de la masse sanguine, sur la diminution parallèle des globules rouges et du pouvoir de fixation de l'oxygène, d'où le danger de l'anoxie.

Pour le chirurgien : Le premier geste, formel, est l'oxygénothérapie immédiate. Le 2ème geste est de noter le pouls, la tension artérielle, la coloration des muqueuses et des ongles, la prise de sang pour le groupage. Ensuite il faut installer une perfusion avec les succédanés de plasma, le plasma simple, le plasma concentré (Formule Toulousaine) ; prescrire des coagulants dont il ne faut escompter une action que très modérement.

Cela fait, le malade va déjà beaucoup mieux. Il laisse alors le temps de l'interroger, de l'examiner, souvent de faire un diagnostic et de demander les examens complémentaires.

B - Le malade va mieux.

Il reste sous surveillance très stricte. Il est évident que si l'amélioration se poursuit si une légère rechute est facilement contrôlée, il ne se posera pas de problème de chirurgie d'urgence. Tout au plus de chirurgie différée. Les transfusions nécessaires à une rééquilibration normale seront présentées et faites à la demande. La radiologie trouvera sa place, chez un malade en état de supporter ces examens.

C - Mais si malgré cela, on constate que le malade saigne à nouveau, que l'état se dégrade et que l'on risque de se trouver brusquement devant une situation irréversible alors, nous pensons que nous avons le devoir d'intervenir.

Cette position, le parti pris d'opérer, est la conséquence de deux notions :

1°) - Depuis que nous disposons, non sans quelques restrictions d'horaires, d'un centre de transfusion à MONTAUBAN (T. & G.) (30 Kms) et d'un dépôt sur place à MOISSAC, nous nous sentons plus assurés d'avoir les moyens nécessaires pour surmonter les incidences de l'acte opératoire.

2°) - C'est à la suite de diverses lectures que nous sommes arrivés à la conviction que c'était au niveau de l'estomac que se déroulait, le plus souvent, le drame et que seul, l'acte d'hémostase directe avait des chances de réussite. L'analyse des observations faite dans le chapitre précédent montre bien que l'indication opératoire était justifiée et correctement posée.

Voici la conduite de l'intervention :

La laparotomie étant faite, l'exploration de la cavité abdominale montrera,en général, la lésion en cause d'ulcère gastro-duodénal. En son absence, il y a lieu d'examiner la rate et le foie,les voies biliaires et au besoin, le reste du tractus digestif. Huit fois sur dix la lésion gastrique a été trouvée facilement. Une fois

(Obs. 5) il y a un doute, une fois (Obs. 1) il n'y avait pas de lésion macroscopiquement visible ; nous n'avons pas dans ces deux cas pratiqué de *gastrotomie d'exploration* mais il est certain que cette manoeuvre est indispensable. Il faut savoir, que cette gastrotomie doit être très large, qu'il ne faut pas omettre d'explorer le duodénum. Des lésions minimes peuvent siéger en une zone mal accessible ou être difficile à voir dans les plis de la muqueuse. On en revient ainsi, au plus angoissant problème, celui de l'exploration négative, 15 % des cas opérés. Monsieur GERMAIN qui avance ce chiffre, recommande quand même la gastrectomie 2/3 car, dit-il, si l'on ne fait rien, on a plus de 50 % de risques de rechute, la gastrectomie ne laissant que 15 % d'échecs. Récemment, Monsieur PIERRA (de LOURDES) et BRENIER (de GRENOBLE) dans leur communication à l'Académie de Chirurgie (Séance du 16 et 23 Novembre 1960) ont adopté la même attitude que Monsieur GERMAIN en réussissant à sauver 7 de leurs malades (7 observations) par une gastropylorectomie large. Ils ont conclu en disant que : "C'est la conduite que nous avons adopté dans 7 cas dont nous nous sommes félicités et à laquelle nous comptons rester fidèles".

Pour notre part, nous sommes tout à fait du même avis et bien décidés à suivre la même règle de conduite.

Nous pensons que cette façon de concevoir les choses est entièrement justifiée puisque sur *9 exérèses,* nous avons obtenu *9 GUERISONS,* sans aucune complication post-opératoire.

Conduite de l'anesthésie et la réanimation pré, per, post-opératoire.

Chez nos hémorragiques opérés, nous n'avons pas essayé de remonter la masse sanguine et l'état général. Nous estimons en effet que transfuser un malade qui saigne, c'est essayer de remplir le tonneau des Danaïdes. Nous avons pris nos malades comme ils étaient, décidés à faire l'hémostase locale par la gastrectomie sans gaspiller un sang précieux et bien plus efficace à la fin de l'intervention. L'opération, elle même, dans ces conditions

est très peu hémorragique et n'entraîne pratiquement pas de perte de sang supplémentaire. Le problème de l'anesthésie nous inquiétait grandement lors de nos premières tentatives. Dans l'observation 1, nous avions demandé un éther, mais dans le 2ème cas, nous nous sommes rendus compte que la perfusion de sérum ou de plasma avec un gramme de novocaïne et un centigramme de morphine intra-veineuse modifiaient immédiatement l'état de choc, portant la tension artérielle et l'indice oscillométrique à des chiffres très satisfaisants. Aussi procédons-nous de la façon suivante :

Mise en route de la perfusion avec subtosan ou Dextran et plasma. Anesthésie. Intervention. Au cours de celle-ci et suivant l'oscillométrie, 1 pot de sang, un second en général au décours de l'intervention et pendant qu'on remet le malade dans son lit.

Aucun opéré n'a donné d'inquiétude dans les heures qui ont suivi l'intervention. Les jours suivants, au total, 2 pots de sang, en général (Toujours isogroupe) ont été suffisants. Nous nous laissons guider par l'état du malade, et, en cas de doute, par une numération globulaire.

PRONOSTIC

Il n'est désormais plus guère utile de s'appesantir sur ce chapitre. Quoiqu'on ait pu en dire, nous avons le souvenir de nombreux échecs, dans nos premières années, à une époque où, démunis des moyens actuels d'anesthésie et de réanimation, nous laissions les malades aux seules médiocres chances du traitement médicale. Quelques tentatives chirurgicales soit palliatives, soit d'exérèse, s'étaient alors régulièrement soldées par des échecs.

Dès que nous avons eu les moyens, nous n'avons pas hésité à opérer les malades qui nous paraissent en danger. Nos résultats commentés dans ce travail, qui apporte donc 10 cas opérés et guéris (sauf un cancer qui a succombé par la suite à une tentative d'exérèse). Les dernières statistiques publiées, montrent que les grandes hémorragies gastro-duodénales ne sont plus à redouter, si médecin et chirurgiens sont prêts à prendre les décisions qui s'imposent.

CONCLUSIONS

Les grandes hémorragies gastro-duodénales peuvent mettre la vie des malades en danger. La répétition de l'hémorragie peut aboutir à un état d'anémie et de choc irréversible qu'il faut prévenir par une thérapeutique chirurgicale adéquate.

Le premier problème à résoudre est celui du diagnostic étiologique. Mais il semble qu'une clinique soigneuse et les moyens para-cliniques réduisent, au minimum, les incertitudes.

Il reste encore un certain nombre d'hémorragies gastro-duodénales qu'on ne peut rattacher à aucune étiologie précise. Faut-il rester désarmé dans ces cas ? La tendance qui se fait jour actuellement, est de pratiquer quand même une gastrectomie large. Bien que dans ces cas là, l'on risque un échec par reprise de l'hémorragie, il est certain que l'on aura néanmoins un plus grand nombre de malades qui sera guéri.

Enfin, les gastrites hémorragiques avaient été jusqu'à présent à peu près exclues du traitement chirurgical. Une intervention prudente semble se faire vers le domaine de la chirurgie, soit qu'il existe des lésions circonscrites et curables, soit que le chirurgien ait eu la main forcée par la trop grande gravité de l'affection. Lorsque la lésion est un ulcère gastro-duodénal, il n'y a plus lieu de s'orienter vers des interventions palliatives. La gastrectomie, exérèse et hémostase, doit être conduite avec rigueur, malgré ses difficultés possibles.

Ces conclusions que nous formulons sont confirmées par l'étude de 10 cas opérés pour lesquels nous avons 9 fois au moins trouvé la lésion, que nous avons gastrectomisé 9 fois, sans aucune gastrectomie d'exclusion et pour lesquels nous avons obtenu 10 fois la guérison sans récidive (100 %).

Vu : Le Président

GRIMOUD

Vu : Le Doyen

LAZORTHES

Vu et Permis d'Imprimer

Toulouse, le 30 Mai 1961

Le Recteur,

Président du Conseil

de l'Université,

DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

- MM. GRENET et LEMOINE (de Bayonne) : Intérêt des méthodes de mesure de la masse sanguine. Etude de 10 cas d'ulcères gastro-duodénaux hémorragiques. Mém. Acad. Chir. p. 185. 1952).

- M. A. MONSAIGNON : A propos de la mesure de la masse sanguine dans les ulcères hémorragiques. Mém. Acad. Chir. 1952.

- M. Christian PIERRA (de Lourdes) : Sur 16 interventions d'urgence pour gastrorragies profuses. Mém. Acad. Chir. p. 391. 1954.

- M. Bernard ROY (de Tours) : Gastrectomie totale d'urgence pour hémorragie d'origine ulcéreuse. Mém. Acad. Chir. p. 375, 1955.

- M. J. ARNAVIELHE : "Exulcératio simplex" de la grosse tubérosité gastrique responsable d'hématémèse mortelle (2 Obs.). Mém' Acad. Chir. p. 658. 1955.

- M. H. LAFFITTE, P. SUIRE, et F. DJAVADI : L'"exulcératio simplex" de DIEULAFOY, cause de grandes hématémèses. Mém. Acad. Chir. p. 753, 1955.

- MM. J. MIALARET et G. EDELMANN : 2 obs. d'hématémèses graves par exulcératio simplex de l'estomac après traitement par la phénylbutazone. Mém. Acad. Chir. p. 764, 1955

- M. A. RICHARD : Hémorragies gastriques urgentes. Mém. Acad. Chir. p. 793, 1955.

- M. L. LEGER : Présentation des pièces. Ucératio simplex de l'estomac responsable d'une grande hématémèse. A propos de la communication de MM. LAFFITTE et SUIRE. Mém. Acad. Chir. p. 829, 1955.

- M. Bernard ROY : Sept observations de gastrectomie exploratrice pour hémorragies digestives graves. Mémoire Acad. Chir. p. 913, 1958.

- M. J.L. BRENIER et M. Christian PIERRA : Notre expérience du traitement chirurgical d'urgence des grandes hémorragies gastro-duodénales. A propos de 68 observations. Mém. Acad. Chir. 1960.

- M. Marcel GIRARD (de LYON) : Etiologie et traitement des hémorragies digestives. Préparation à la LXIIIème Session d'Assises. Assises de Médecine, p. 359, 1958.

- M. André DAVY (de Rouen) : Problèmes pratiques soulevés en urgence par les grandes hémorragies digestives. Revues médicales normandes Juin-Juillet 1960. Tome III. p. 419-438.

- MM. GRIMOUD, BRUGUIER, FERRET, MOREAU, MALECAZE : A propos de deux cas de gastrite hémorragique. Présentation de documents. Toulouse Médical. Mars 1961.

- MM. LAMBLING, BONFILS, RICHIR, PORTET, ANDREGEVIC, et BARATGIN : Les hémorragies des gastrites hémorragiques et de l'exulcératio simplex. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 73-100.

- MM. HILLEMAND, VIGUIE, BREUZARD : Etude statistique et étiologique des hémorragies ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p.17.

- MM. PICARD, J. KERNEIS, Mme GORDEEFF : Substratum anatomique des grandes hémorragies ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 19-42.

- MM. E. DELANNOY et F. VANDENDORP : Diagnostic clinique et radiologique urgent dans les grandes hémorragies ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 53-57.

- MM. MERCADIER et HAUTEFEUILLE : Indications et résultats du traitement chirurgical des hémorragies digestives ulcéreuses. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 59-72.

- MM. Ch. DEBRAY, J.P. HARDOUIN et F. JOUBAUD : Les hémorragies par hernie hiatale chez l'adulte. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 101-115.

- MM. J. VANDENBROUCKE, J. de GROOTE et R. FRANCOIS : Les hémorragies des tumeurs gastriques. Arch. Mal App. Dig. Octobre 1959, p.117-128.

- MM. ALBOT, F. POILLEUX, G. BERTET, Ed. CHERIGIE et Cl. St OUEN: Les hémorragies par tumeurs bénignes du duodénum (tumeurs de la papille exceptée). Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 129-152.

- MM. L. HOLLENDER et M. ADLOFF : Les Hémorragies digestives post gastrectomiques. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959. p. 153.

- MM. LEVRAT et R. LAMBERT : Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 323-337.

M. J. SCLAFER : Hémorragie du tractus digestif supérieur dans les allergies. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959, p. 339.

- MM. AIMES, BORIES, AZEAU, MIMSAN : Traitement des grandes hémorragies digestiges. Ann. Chir. N° 11-12. Juin 1958, p. 649.

- M. CORNET : Diagnostic et traitement des hématémèses de l'adulte. Presse médicale. N° 62. Sept. 1958, p. 1. 399.
Les hémorragies intestinales. Revue du Praticien n° 31. Décembre 1958.

- M. FINSTERER : Surgical tratment of profuse gastric hemorrhage. S.G.O. N° 3. p. 291.

- MM. BANZET et TERQUEM : A propos de 5 cas d'hématémèses par "exulcératio simplex" de DIEULAFOY. Mém. Acad. Chir. 1952. p. 423-428.

- M. R. A. GUTMANN : Les syndrômes douloureux de la région épigastrique (5ème édition), DOIN, édit. PARIS. 1957.

- M. G. MENEGAUX : Hémorragies ulcéreuses de l'estomac. Manuel de Pathologie chirurgicale. Tome II, MASSON, édit. 1958. p. 689.

- M. DESNEUX : Hémorragies digestives aiguës. Endoscopie d'urgence. Arch. Mal. App. Dig. Octobre 1959. p. 53-57.